

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1930

THÈSE

N°

157

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLÔME D'ÉTAT)

Par Maurice THISON

Né à Oulmes (Vendée), le 20 février 1904

De quelques signes avant-coureurs
des Tuberculoses évolutives

Président : M. le Professeur BESANÇON

ÉDITIONS MÉDICALES N. MALOINE

27, RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE, 27

PARIS 1930

**DE QUELQUES SIGNES AVANT-COUREURS
DES TUBERCULOSES ÉVOLUTIVES**

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1930

THÈSE

N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

Par Maurice THISON

Né à Oulmes (Vendée), le 20 février 1904

De quelques signes avant-coureurs
des Tuberculoses évolutives

Président : M. le Professeur BESANÇON

ÉDITIONS MÉDICALES N. MALOINE

27, RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE, 27

PARIS 1930



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN M. ROGER.

I. — PROFESSEURS

Anatomie	MM.
Anatomie médico-chirurgicale	ROUVIÈRE.
Physiologie	CUNÉO.
Physique médicale	H. ROGER.
Chimie organique et chimie générale	STROHL.
Bactériologie	DESGREZ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	LEMIERRE.
Pathologie et thérapeutique générales	BRUMPT.
Pathologie médicale	Marcel LABBÉ.
Pathologie chirurgicale	N...
Anatomie pathologique	LECÈNE.
Histologie	ROUSSY.
Pharmacologie et matière médicale	CHAMPY.
Thérapeutique	TIFFENEAU.
Hygiène	LÈPER.
Médecine légale	TANON
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BALTHAZARD.
Pathologie expérimentale et comparée	MÉNÉTRIER.
	RATHERY.
	CARNOT.
Clinique médicale	BEZANÇON.
	ACHARD.
	N...
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
Clinique de la tuberculose	Léon BERNARD.
	DELbet.
Clinique chirurgicale	HARTMANN.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Professeur sans chaire	ROUVIÈRE.
	BRANCA.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ABRAMI	Pathologie médicale.
ALAJOUANINE	Neurologie et psychiatrie.
AUBERTIN	Pathologie médicale.
BASSET	Pathologie chirurgicale
BAUDOUIN	Pathologie médicale.
BINET	Physiologie.
BLANCHETIÈRE ...	Chimie biologique.
BROCQ	Pathologie chirurgicale
BRULÉ	Pathologie médicale.
CADENAT	Pathologie chirurgicale
CHABROL	Pathologie médicale.
CHIRAY	Pathologie médicale.
CLERC	Pathologie médicale.
DEBRÉ	Hygiène.
DOGNON	Physique.
DONZELOT	Pathologie médicale.
DUVOIR	Médecine légale.
ECALLE	Obstétrique.
FIESSINGER ..	Pathologie médicale.
GARNIER	Pathologie expérimentale
GATELLIER ...	Pathologie chirurgicale
CIROUD	Histologie.
HARVIER	Pathologie médicale.
HEITZ-BOYER .	Urologie.
HOVELACQUE .	Anatomie.

MM.

HUTINEL	Pathologie médicale.
JOYEUX	Parasitologie.
LABBÉ (Henri) .	Chimie biologique
LARDENNOIS ..	Pathologie chirurgicale
LEMAITRE	Oto-rhino-laryngologie
LEROUX	Anatomie pathologique
LÉVY-SOLAL ..	Obstétrique.
LHERMITTE ..	Pathologie mentale.
LIAN	Pathologie médicale.
MATHIEU	Pathologie chirurgicale
MERCIER Fern.	Pharmacologie.
METZGER	Obstétrique.
MONDOR	Pathologie chirurgicale
MOURE	Pathologie chirurgicale
MULON	Histologie.
OBERLING	Anatomie pathologique
OLIVIER	Anatomie.
PHILIBERT ...	Bactériologie.
QUÉNU	Pathologie chirurgicale
RICHET Fils ...	Physiologie.
SÉZARY	Dermatologie et syphiligraphie.
VALLERY-RADOT (Pasteur) .	Pathologie médicale.
VAUDESCAL ...	Obstétrique.
VELTER	Ophthalmologie.
VERNE	Histologie.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

BUSQUET	Pharmacologie.
GUÉNIOT	Obstétrique.
LEQUEUX	Obstétrique.

MM.

NEVEU-LEMAIRE ..	Parasitologie.
RETTNER	Histologie.
ZIMMERN	Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.

ALGLAVE..... Clinique chirurgicale.

AUVRAY..... Clinique chirurgicale.

CHEVASSU.... Clinique chirurgicale.

LAIGNEL-LAVASTINE.. Clinique médicale.

LE LORIER... Clinique obstétricale.

MM.

LÉRI..... Clinique médicale.

MOCQUOT.... Clinique chirurgicale.

PROUST..... Clinique chirurgicale.

SCHWARTZ... Clinique chirurgicale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé..

{ Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez
l'adulte pour les accidentés du travail, les
mutilés de guerre et les infirmes adultes.

FREY..... Stomatologie.

CHAILLEY-BERT..... Education physique.

LEDoux-LEBARD..... Radiologie clinique.

WEILL-HALLÉ..... Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A MES PARENTS

A M^{lle} M. B...

A MONSIEUR LE PROFESSEUR BEZANÇON

*Qui nous a fait l'honneur d'accepter la
présidence de cette thèse.*

DE QUELQUES SIGNES AVANT-COUREURS DES TUBERCULOSES ÉVOLUTIVES

Conception générale

Biolakur (*Zeitschrift für Tuberkulose*) a tendance à ramener tout état pathologique à l'un des trois groupes morbides suivants : tuberculose, syphilis, paludisme. Il lui paraît qu'en dehors des affections aiguës et des états se rattachant directement à l'une de ces trois affections il existe toute une catégorie d'hybrides résultant de la symbiose du tréponème, du bacille de Koch ou de l'hématozoaire, « hybrides se développant au sein d'un organisme partiellement immunisé vis-à-vis de l'un de ces parasites. ».

C'est ainsi que la tuberculose, selon lui, réclame : la maladie de Basedow, la neurasthénie, l'entérite chronique, certaines anémies, la goutte, le rachitisme, le trachome, l'urticaire, l'eczéma, le psoriasis. Toutes ces affections, en dernière analyse, ne seraient que la traduction d'une infection tuberculeuse atténuée.

Il englobe encore dans ce groupe, pourtant si compréhensif, toute une catégorie de sujets qui « se sentent mal à l'aise, souffrent de partout », accusent des symptômes bizarres,

non encore classés, « algiques essentiels » que réprouve le médecin : c'est qu'en effet l'examen ne décèle rien d'organique.

Biolakur considère longuement l'asthme qui lui apparaît comme le type même de l'hybride tuberculeuse : l'ancienne diathèse arthritique, attribuée par Bouchard au ralentissement de la nutrition, serait, en définitive, attribuable à la tuberculose, à une tuberculose torpide.

Ramener toute la pathologie à la seule tuberculose peut paraître excessif. Il semble bien pourtant que le rôle étiologique de la tuberculose soit sous-estimé. C'est que souvent elle se manifeste de façon atypique. Et ainsi, des tuberculoses authentiques, mais d'expression clinique ou fruste, ou irrégulière, ne sont ni suspectées ni reconnues, et que le mal continuant lentement mais sûrement son œuvre se révélera dans une explosion clinique indubitable mais de pronostic souvent grave ou fatal.

C'est à valoriser cette symptomatologie irrégulière, lointaine, souvent inattendue des états tuberculeux que nous nous emploierons. Si toute la pathologie n'est pas de la tuberculose, du moins faut-il, à l'occasion d'un « signe » dont l'interprétation ne s'impose pas, y penser.

On oublie trop souvent que la tuberculose est une intoxication, intoxication que nient quelques-uns, que d'autres au contraire affirment être, mais qu'ils sous-estiment. C'est cependant elle qui, souvent, annonce une poussée ou établit le lien entre certains épisodes en apparence disparates,

démontre une filiation pathologique. Elle se traduit par une symptomatologie toujours discrète, banale, sans originalité, véritable symptomatologie d'emprunt. Poncet ne définit-il pas la tuberculose « une toxi-infection aux manifestations anatomo-cliniques extrêmement polymorphes simulant presque toutes les réactions anatomo-cliniques connues » ?

A propos des arthropathies en apparence primitives, en réalité secondaires à une toxi-infection bacillaire, le même pose que « le processus est identique à celui des autres intoxications ». Il est infiniment probable que les arthropathies sont dues le plus habituellement au poison tuberculeux, à la localisation d'une tuberculine sous les synoviales. Ne sont-elles pas comme toutes les séreuses des voies d'élimination naturelle venant après les grands émonctoires ?

Et cette intoxication est générale. En un lent et sourd travail elle engendre les dégénérescences viscérales les plus variées et les plus lointaines. Beaucoup de maladies essentielles sont parfois rattachables par filiation clinique directe à la toxi-infection tuberculeuse et dans nombre de cas s'observent chez des tuberculeux latents, candidats certains, sous des influences diverses, à l'évolution de leur maladie cachée.

Souvent, combien disproportionnée avec les lésions pulmonaires est cette intoxication ! « Un adolescent de seize ans, d'aspect chétif et souffreteux, trois mois après son arrivée de province à Paris, s'affaiblit, maigrit, contracte une rougeole bénigne et, quelques semaines plus tard, entre

dans le service du professeur Landouzy, fébricitant et souffrant à la plupart de ses articulations. Il porte en outre, sur le tronc et sur les cuisses, un érythème polymorphe ; le cœur a des bruits assourdis. On porte le diagnostic de rhumatisme infectieux et probablement celui de rhumatisme tuberculeux. » Au bout de quelques mois le malade meurt. De toutes les recherches pratiquées pour mettre en évidence la tuberculose, seule l'oculo-réaction avait donné lieu à deux reprises à un résultat positif. L'autopsie apporta la preuve d'une tuberculose. Seul un organe : le poumon, recélait une granulation grise et un tubercule caséux du volume d'un grain de chènevis à la base. La granulation du sommet avait la structure caractéristique et renfermait *deux* bacilles de Koch. Tous les autres organes, dûment examinés, offraient des lésions de sclérose, témoin d'une lente irritation toxiniennne. L'importance du « foyer pulmonaire » n'est donc que relative pour décider de certaines tuberculoses cliniques et, comme le montre cette suggestive observation, anatomo-pathologiques.

Seule une clinique minutieuse enregistre ces signes d'imprégnation toxiniennne justement révélatrice.

Dans l'universalité des faits l'intoxication est révélatrice de la présence du bacille spécifique, quelqu'en soit la morphologie, l'abondance ou la virulence. Ces trois données variables selon la qualité du terrain expliqueraient toutes les modalités cliniques de la toxi-infection tuberculeuse.

Histoire générale de la Tuberculose

Nous avons parlé d'épisodes tuberculeux, de successions de faits de tuberculose. Faut-il admettre qu'il y ait des « foyers » susceptibles de temps en temps de se réveiller ? Y a-t-il dans chaque individu « un obligatoire foyer » ? Les faits le prouvent. A propos d'une tuberculose de l'adulte, il ne signifie plus rien de dire « début ». Le début est celui d'une évolution nouvelle d'une même maladie contractée aux lointaines époques de l'enfance.

A la puberté, la presque totalité des sujets est « bacillisée ». Petits foyers, manifestations aiguës discrètes, adénopathies, tout est en apparence rentré dans l'ordre. C'est la santé apparente ; on distinguait et différenciait autrefois l'épisode infantile des faits nouveaux : là est l'erreur. Le « début » de la tuberculose n'est plus que le début du nouvel épisode d'une maladie déjà ancienne mais oubliée. Pratiquement, c'est l'interruption d'une allergie, résultant d'une infection bacillaire. Cette dernière modalité est secondaire à une déficience du terrain, diversement réalisée (régimes débilissants, grossesse, maladies dites favorisantes).

C'est à ce moment que vont apparaître les signes révélateurs de cette nouvelle évolution, signes qui pourront s'imposer ou signes qui demanderont l'interprétation.

Il est des signes évidents : hémoptysie, pleurésie. Ceux-ci ne passent pas inaperçus du malade et comportent en eux la plus haute signification. D'autres, plus discrets, ne s'imposent plus : il appartient au médecin, par une enquête minutieuse, de retrouver, sérier, valoriser des faits qui ont pu ne pas échapper au malade, mais qu'il ne dit pas spontanément, qu'il ne juge pas importants, ou qu'il croit sans rapport avec son état actuel.

Nous ne prétendons pas épuiser toutes les modalités cliniques des états préévolutifs. Celles que nous exposons paraissent cependant monnaie de tuberculose et monnaie courante. Il existe d'autres signes plus ou moins frustes mais qui s'adressent à l'instinct du clinicien.

Nous sommes d'autre part convaincus de la nécessité de ces symptômes : coryza, phénomènes gastriques, zona, sueurs, etc... ont la valeur d'un effort d'élimination. Ce sont des effets divers d'une même cause intoxicante.

La peau, vaste rein étalé, a un rôle d'élimination indiscuté. A la pituitaire viennent filtrer les toxines bacillaires. Le zona n'est que la traduction d'un état d'intoxication. Le système nerveux, en effet, « ne fait pas la pluie ou le beau temps ». Directement atteint, au cours de l'intoxication tuberculeuse, il se fragilise, se sensibilise et se laisse envahir par le virus du zona, jouant le rôle d'un virus de sortie. L'estomac, s'il est lésé, n'est-ce pas dans un effort d'élimination ?

Du diagnostic précoce de la Tuberculose

Le professeur Besançon, a propos du diagnostic de la tuberculose, s'exprime ainsi : « Je le dis bien hautement, la tuberculose est déjà très ancienne lorsque nous constatons des manifestations broncho-pneumoniques caractérisées par des râles ou des crachats bacillifères. La radioscopie elle-même peut-être négative. » Quelle conclusion tirer du vague voile d'un sommet, d'une ombre légère et imprécise qui peut être aussi bien due à une respiration insuffisante qu'à un début de tuberculose ?

« Il est illusoire d'attendre les signes classiques, l'apparition des râles crépitants de l'image radiologique précise, de l'excavation vérifiable et contrôlable à l'auscultation comme à l'écran, ne vouloir soigner son malade que lorsqu'il signe son mal par une bacilloscopie positive. »

« Si nous avons le droit d'hésiter et de discuter quand il s'agit du diagnostic certain de la tuberculose, tous les médecins s'accordent sur la nécessité de n'apporter aucun retard au traitement. »

Un fait d'observation banal est la fréquence des bacillooses latentes occultes qu'il y aurait intérêt à prévenir avant qu'elles ne deviennent des tuberculoses actives.

C'est qu'en dernière analyse il n'apparaît plus que la tuberculose commence par le chancre d'inoculation. On a montré l'importance des foyers médiastinaux et péribronchiques de la bacillose naissante. Bien avant le parenchyme lui-même, les voies lymphatiques et le tissu connectif du médiastin, puis du hile pulmonaire de l'arbre bronchique et de la plèvre sont envahis par le bacille en un lent travail que révèlent surtout ou seulement des troubles fonctionnels et généraux et que n'expliquent pas les signes physiques réduits au minimum ou inexistants.

La Tuberculose latente

Nous ne pouvons aborder l'examen des signes particuliers que nous nous proposons de décrire sans savoir à propos de quel malade ils vont surgir. Il est un fait quelquefois observé : c'est qu'ils puissent se produire inopinément. Toutefois les toxines microbiennes, dans la majorité des cas, ont déjà créé un amoindrissement vital. Cette notion d'amoindrissement vital, combinée aux signes que nous décrivons, nous paraît décisive au point de vue du diagnostic. En général, si l'on surprend par une séméiologie minutieuse ces signes avant-coureurs, la faillite organique est moins à redouter. On conçoit dès lors l'intérêt d'une bonne observation et d'une sûre interprétation.

Signes généraux : Anémie.

Elle va de pair avec l'amaigrissement. Dans d'autres cas, elle se voit surtout chez des sujets bouffis à pseudo-embonpoint, maigres de muscles, mais infiltrés. Cet aspect est désigné sous le nom d'anémie lymphatique. Il s'agit d'une anémie par hémolyse ; le poison hémolytique a été mis en lumière par les expériences de Dufourt et Gâté. Paguez a

montré que l'éthéro-bacilline d'Auclair hémolysait les globules rouges.

Tension artérielle : Marfan a attiré l'attention sur l'abaissement de la tension artérielle chez les tuberculeux et il en faisait un symptôme important de cette maladie. Cette constatation a été confirmée depuis.

Phénomènes nerveux : Ce sont souvent les phénomènes nerveux qui paraissent être les premiers symptômes de la maladie. Ces symptômes sont extrêmement variables selon les individus. D'une façon générale, on les désigne sous le nom de neurasthénie tuberculeuse. Il y a comme un amoindrissement, un ralentissement du système nerveux.

On trouve une fatigabilité, soit constante, soit périodique et survenant surtout le matin, au réveil, ou dans la matinée.

Sans empiéter, d'autre part, sur le domaine de la psychiâtrie, on peut affirmer que bon nombre de psychoses légères et de bizarreries du caractère, de névropathies plus ou moins marquées sont la conséquence d'une imprégnation tuberculeuse. On a abondamment écrit sur les psychoses des tuberculeux, mais on a toujours eu en vue, ce faisant, que des états psychiques de malades gravement atteints et de phtisiques. Il est plus fréquent d'observer des neurasthénies et des psychoses en apparence essentielles chez les tuberculeux latents. On ne songe pas en général à dépister cette tuberculose latente et surtout on est bien loin de considérer

que les maladies de l'intelligence, de l'énergie et de la volonté puissent être la simple traduction de la toxi-infection tuberculeuse.

On rattache encore à des phobiques ces « éternels algiques » que sont les tuberculeux latents. Ils accusent des douleurs bizarres, paradoxales, s'ingénient à leur trouver une origine précise, accusent le froid, vis-à-vis duquel ils sont comme sensibilisés.

Troubles génitaux : Ils participent du processus général et s'accusent dans le sens d'un ralentissement de l'activité génitale. Il y a frigidité progressive.

Chez la femme, il y a souvent diminution ou disparition des règles. Au début, les règles deviennent peu abondantes, irrégulières ou même disparaissent. Cette amenorrhée peut s'accompagner de troubles cutanés, nous avons souvent trouvé des troubles de vaso-dilatation, état cyanotique et infiltration plus ou moins dure. Les extrémités sont assez souvent le siège de telles manifestations. Mais on peut aussi l'observer ailleurs ; chez une de nos malades, amenorrhéique tuberculeuse, la région des bras est comme infiltrée, les méplats noyés dans un empâtement dur, tendu, bleuâtre ; le doigt enfoncé y laisse une empreinte. A quelque distance de l'infiltration la peau conserve son élasticité et sa coloration normales.

L. Williams, dans « Minor maladies », a essayé une théorie pathogénétique : les amennhorées relèveraient, selon lui,

d'un trouble de la vaso-régulation secondaire à une action toxinienne.

La fièvre : L'instabilité thermique est un des symptômes les plus constants de la période de début de la tuberculose. Elle existe dans la totalité des cas, et son importance diagnostique est considérable.

Elle devra donc être recherchée et dépistée avec soin et avec certaines précautions. Le thermomètre devra être placé dans le rectum ou dans le vagin, la température axillaire étant souvent inexacte. Il est nécessaire, pour apprécier exactement l'état de la température, de ne pas se contenter de la prendre matin et soir, selon l'habitude : des élévations thermiques peuvent ainsi échapper à l'observation.

Il faut prendre la température toutes les trois heures jour et nuit, dans les cas où la fièvre est douteuse, se présente avec des caractères anormaux. Avec ces précautions, on s'assurera que la fièvre est un des phénomènes les plus précoces et les plus constants de la tuberculose pulmonaire.

Il est des cas où le malade continue à mener une vie active; c'est alors le médecin qui constatera l'existence d'une fièvre déjà élevée. Mais presque toujours, en même temps que la fièvre, il est des symptômes remarqués, eux, du malade. Au moment de l'accès, ils accusent une sensibilité au froid, parfois très grande ; on les voit s'emmitoufler, ils frissonnent, puis, au bout d'un certain temps, ils ont la sensation de malaise, de fatigue, l'impression de chaleur à la paume

des mains, de rougeur à la face. Les yeux brillent d'un éclat particulier. Ils s'agitent, se plaignent d'avoir trop chaud et rejettent leurs couvertures. Enfin, plus tard, leurs mains deviennent moites et des sueurs plus ou moins abondantes se produisent sur leur poitrine.

D'une façon générale, la chaleur déclanche, augmente en importance le mouvement fébrile.

La courbe, dans les cas généraux, n'a pas d'allure nette : il s'agit d'un état subfébrile avec oscillations d'un degré au plus. Mais ce qu'il faut voir, c'est, avant l'ampleur de l'écart, la continuité dans le temps.

Cette fièvre est provoquée ou exagérée par certaines influences : le surmenage, le voyage sont susceptibles de provoquer ou d'augmenter une élévation thermique. De même, les émotions morales, les préoccupations, les veilles, certaines influences atmosphériques (air poussiéreux, orage, vent, air marin peuvent l'engendrer). Il en est de même de la marche que l'on a préconisé comme épreuve, qui, si elle est positive au cours de plusieurs épreuves successives, fera penser à un foyer de tuberculose et donner plus de valeur aux signes physiques parfois légers présentés par le malade.

Il n'est pas jusqu'à la digestion qui ne donne sa fièvre.

La fièvre menstruelle a surtout une grande importance : habituellement, on observe que la température baisse après que le sang paraît (décharge toxinique). Chez une femme en apparence bien portante, l'apparition de la fièvre menstruelle pourra être révélatrice d'une évolution tuberculeuse

et on a pu la considérer comme un symptôme d'alarme au même titre qu'une hémoptysie. A cette fièvre menstruelle on peut rattacher la fièvre que l'on observe dans les premiers mois de la grossesse.

On a pu encore mettre en évidence que certaines interventions thérapeutiques pouvaient la provoquer : les hypnotiques et les calmants en particulier.

Les révulsifs, selon Piéry, agiraient dans ce sens.

Les arsenicaux se sont révélés particulièrement propices à la produire, on a même préconisé des injections de cacodylate comme moyen de diagnostic.

L'intérêt de ces phénomènes thermiques est considérable. Il faut les suspecter lorsqu'il surviennent sans cause déterminée et qu'ils se répètent de temps en temps ; ils signifient une imprégnation toxinique.

Des troubles gastro-intestinaux prémonitoires de Tuberculose évolutive

Tel est, chez le candidat à la tuberculose évolutive, le tableau clinique général.

Nous avons parlé d'un poison bacillaire, d'une toxine à actions diverses. Auclair a pu montrer une de ses actions sur le sang : la toxine tuberculeuse est dans un de ses effets, hémolysante. On expliquerait ainsi les anémies des tuberculeux au début de leur maladie.

Mais les travaux actuels ne nous paraissent pas avoir épuisé les modalités d'action de la toxine tuberculeuse. Il existe, en particulier chez les tuberculeux en imminence d'évolution, une sensibilisation générale due à l'action de cette même toxine : un de nos malades présenta avant de faire une péritonite bacillaire des épisodes répétés d'urticaire.

La réalité de cette toxine nous semble acquise : on a pu contrôler que des filtrats de cultures tuberculeuses sans éléments organisés aucuns, reproduisait expérimentalement des lésions analogues à celles qu'auraient provoquées des cultures de bacilles. Les expériences de d'Herelle établissent que microbes, virus et toxines ne sont que des états

différents d'une même donnée et qu'il peut y avoir réversibilité desdits états.

C'est surtout dans l'ordre toxinique que nous paraissent résider les manifestations de la tuberculose à ses débuts.

Notre maître, M. Moricheau-Beauchant, abonde dans ce sens quand il dit des tuberculoses latentes que, « malgré la discrétion des lésions, les bacilles qu'elles renferment sont capables d'influencer profondément l'organisme et de créer un état de dystrophisme, etc... » Le même, cherchant à expliquer l'origine des troubles gastriques prémonitoires des tuberculoses évolutives, hésite entre le mécanisme d'une action toxinique et celui d'une rupture de l'équilibre humoral, mais cette dernière hypothèse se ramène à la première. L'une et l'autre modalité relèvent d'une cause univoque : celle de l'imprégnation toxinique déjà génératrice des symptômes généraux.

La fréquence de ces troubles gastriques, leur importance diagnostique nous les ont désigné comme sujet d'examen.

« Pour qui connaît la pathologie gastrique, il n'y a rien qui doive surprendre sur le fait qu'une tuberculose puisse se traduire par une dyspepsie. L'estomac, comme on l'a dit, est une sonnette d'alarme qui s'agite toutes les fois qu'un organe souffre en quelque point de l'organisme. La lithiase biliaire, l'appendicite chronique, certaines colites peuvent avoir une symptomatologie purement gastrique. L'anorexie, les vomissements sont souvent les signes révélateurs de l'azotémie. Combien de malades viennent con-

sulter pour leur estomac, et c'est une lésion du cœur ou de l'aorte qu'il faut incriminer. »

OBSERVATION I. — B. H., trente ans. N'a jamais présenté de symptômes pulmonaires. A accusé cependant des moments de fatigue dans la journée et surtout au réveil. Impossible de savoir s'il a des signes de la séné toxinique. Le malade, à partir de juin 1928, commence à souffrir de l'estomac ; douleurs crampoïdes sans vomissements, Vers cette même époque, des signes généraux s'installent, discrets toutefois. Il consulte : on ne trouve rien de spécial, ni au foie ni au poumon. Un mois après le malade fait une hémoptysie assez abondante : la fièvre s'accuse. L'auscultation est nettement positive.

OBS. II. — (Empruntée à M. BEAUCHANT).

J. R., trente-trois ans, est suivi par nous depuis plusieurs années. Il n'a jamais présenté aucun symptôme pulmonaire. Au mois d'avril 1927, il fut atteint d'ictère infectieux, ainsi que plusieurs de ses enfants. Il resta malade environ un mois, puis se remit complètement. Ausculté à plusieurs reprises au cours de sa maladie, les poumons avaient toujours été trouvés indemnes. A partir du mois de juillet, il commence à souffrir de l'estomac. L'appétit était conservé : quatre heures après les repas, douleurs crampoïdes, brûlures avec regurgitation et acides, sans vomissements. Douleurs calmées par l'ingestion d'aliments.

Il maigrit un peu, mais il continua à mener une vie active

et ne consulte pas de médecin. Il ne toussait pas et n'éprouvait aucun malaise.

Le 5 décembre 1927, il alla trouver le docteur H. au sujet de son foie qui, croyait-il, était la cause de ses douleurs gastriques qui persistaient depuis le mois de juillet avec les mêmes caractères. M. H. ne trouva rien, ni au foie, ni au poumon. Le soir même, le malade présenta une hémoptysie abondante qui se répéta pendant trois jours. A la suite de cette hémoptysie, on nota de la fièvre qui persista pendant quatre semaines. L'auscultation révéla un foyer de râles humides au sommet droit. La radio décela une caverne de petites dimensions. Des bacilles furent trouvés dans l'expectoration.

Il suffirait d'une analyse un peu plus poussée, pour ne plus étiqueter « banale » une dyspepsie tuberculeuse. Elle a, au demeurant, cette dyspepsie des caractères particuliers : la non-relation en général avec les repas, la douleur sans siège précis, sans horaire, tous caractères négatifs, sans doute, mais, de ce fait, importants. On ne saurait ainsi l'attribuer à une lésion définie : un ulcère ou un cancer. Et ce fait de ne pouvoir l'attribuer à une lésion bien définie oblige à un examen général. C'est en son manque d'allure qu'est sa particularité.

Il faut donc se méfier de tout état dyspeptique apparaissant sans cause chez un sujet jeune, jusque là bien portant, lorsqu'il s'accompagne d'une atteinte importante de l'état

général et qu'il est rebelle au traitement. Un examen soigneux de l'appareil pulmonaire s'impose alors. L'auscultation peut rester sans résultats, mais il faudra toujours tenir compte d'un élément qui rarement fera défaut : la fièvre. Il faudra la plupart du temps la rechercher systématiquement, car la majorité des malades n'y prête pas attention. C'est ainsi qu'une courbe au-dessus de la normale attirera l'attention du côté des poumons.

D'autres fois, les malades présentent des accidents moins dramatiques. Ce sont toujours des dyspeptiques banaux chez lesquels la maladie s'est installée silencieusement et continue une lente évolution. Ils ne se plaignent que de leur estomac et de leur état général ; rien n'attire vraiment l'attention sur leur état actuel. Pourtant, l'anamnèse est typique, sinon typique, du moins indicatrice. On retrouve alors maints épisodes de congestion pleuro-pulmonaire, bronchites, pleurésies.

OBS. III. — M., vingt-quatre ans. Passé pulmonaire déjà chargé. Congestion pleuro-pulmonaire avec hémoptysie. Grosse atteinte de l'état général. La maladie a entraîné deux mois. Depuis a toujours été fatigué. Sous l'effet d'un traitement judicieux, d'une cure d'air, amélioration qui s'est maintenue pendant plusieurs années. Depuis quelques mois, douleurs du côté de l'estomac sans grands caractères, il s'agit de vague tiraillement que le malade dit plus accusé après les repas. Comme il fallait s'y attendre, la prise régu-

lière de la température donne lieu à des constatations intéressantes : il y avait, vers le soir, une élévation de près d'un degré. De tels symptômes nous faisaient prévoir des accidents plus graves : le malade a eu, en effet, récemment, une hémoptysie considérable.

OBS. IV. — M^{me} G., quarante ans. Vagues troubles du côté de l'estomac. Sans passé pulmonaire. Mais entourage suspect. A commencé à souffrir de l'estomac à la suite d'une première grossesse. Les douleurs se calment et disparaissent. Deuxième grossesse à la suite de laquelle à nouveau les troubles réapparaissent. L'auscultation reste négative, la radio pas probante. La malade, fortement suspectée, est suivie : la prise de la température vint confirmer des prévisions qu'il était facile de faire ; de plus, les signes d'imprégnation se multiplièrent : sueurs, fatigabilité, etc...

Tous ces malades sont sous des effets divers, susceptibles de faire des poussées évolutives. Cette dyspepsie signifie : foyer de tuberculose, foyer latent, mais capable de réveil et d'évolution si les circonstances font qu'une allergie, difficilement maintenue, disparaisse.

Quel est le substratum anatomique de ce syndrome ? Il semble bien qu'il faille avant tout le faire relever d'un défaut de matricité, d'un amoindrissement de la musculature gastrique, lequel participe de la dystrophie et du défaut de tonus généraux. Il y aurait, consécutivement à cette dilatation primordiale, un catarrhe relevant d'une irritation par

suite du séjour plus prolongé des aliments dans la cavité stomacale. Plus tard, se développeraient des lésions irrémédiables de la paroi.

Il faut encore voir ce même mécanisme dans le trouble du fonctionnement intestinal. L'épithélium intestinal, imprégné, est troublé dans ses sécrétions comme dans son pouvoir absorbant. Rien n'est si logique, si naturel que d'envisager les choses ainsi : l'intestin n'est-il pas un des émonctoires organiques les plus puissants ? Dans un très grand nombre d'infections spontanées ou expérimentales, une réaction fluxionnaire de l'intestin indique un travail défensif de la muqueuse intestinale. Démonstré expérimentalement pour la toxine pyo-cyanique et pour le coli-bacille, pour la toxine tétanique, ce travail défensif existe également pour les toxines du bacille de Koch. Quand on injecte de la toxine tuberculeuse à des cobayes, on les voit mourir sans présenter de phénomènes bien appréciables, mais, à l'autopsie, on trouve une vaso-dilatation énorme de tout le système circulatoire intestinal, accompagné d'une diarrhée sanglante et d'entérite pseudo-membraneuse. Il n'y a donc rien d'étonnant à ce que la clinique réalise le même processus. Ainsi s'expliquent les entérites catarrhales « pré-tuberculeuses ».

L'intestin assume encore ce rôle bienfaisant dans d'autres intoxications, les auto-intoxications, en particulier. Il faudra alors éviter, par des médications intempestives, d'y mettre fin.

Le professeur Sergent, dans le *Monde Médical*, relate le cas d'une tuberculose évolutive précédée de signes d'entérite banale « C'est un syndrome d'entérite banale qui constitua la localisation dominante et permanente, alors que la tuberculose fut longtemps sournoise, ignorée et brûla les étapes ». Les signes d'imprégnation devaient être présents chez un tel malade.

En revanche, s'ils font défaut, si manquent la fièvre, les sueurs, l'amaigrissement, on est autorisé à penser à une autre étiologie que l'étiologie tuberculeuse.

Le professeur Sergent, dans le même article, rapporte qu'appelé auprès d'une jeune fille considérée comme tuberculeuse, mais sans signes généraux, sauf une instabilité thermique, avec au contraire une augmentation considérable de poids depuis le traitement, il crut devoir éliminer la tuberculose et porter le diagnostic d'appendicite chronique.

A priori, cette malade n'était pas une tuberculeuse, car nous ne retrouvons dans cette observation aucun des signes généraux d'imprégnation que nous avons décrits. Il y a cependant chez cette malade une instabilité thermique mais qu'il ne faut pas faire relever d'une intoxication tuberculeuse. Le tableau général n'était pas celui du « toxinique » amoindri « dévitalisé ».

Typique en revanche est la suivante (Prof. SERGENT, *Monde Médical*, juillet 1929) :

« Le 7 janvier 1928 nous sommes appelés à voir un

homme de trente-sept ans qui, depuis quelques jours, se sentait fatigué, se plaignait de douleurs abdominales avec troubles gastro-intestinaux et avait un état subfébrile (38° , 38°_2) le soir. Ce sujet, qui avait toujours été maigre et avait durant toute sa vie souffert de troubles dyspeptiques et entéro-colitiques, était soigné depuis un an pour ces troubles et avait été soumis à un régime sévère. Un de nos collègues, spécialiste compétent en gastro-entérologie, est appelé à le voir le 20 janvier. L'examen n'ayant rien révélé par ailleurs, il attribue les troubles accusés par le malade à son tube digestif et le soumet à un traitement vaccinothérapique par ingestion et injections. Malgré ce traitement, l'état général continue à s'altérer, la fièvre s'élève davantage. Nous songeons à la possibilité de la tuberculose pulmonaire ; mais, malgré plusieurs examens minutieux, nous n'en trouvons aucun signe clinique. Les vaccins sont supprimés, ainsi que le régime, et nous faisons pratiquer un examen radiologique du thorax. Celui-ci nous révèle l'existence d'une tuberculose fibro-caséuse évolutive bilatérale, demeurée jusqu'alors cliniquement silencieuse et expliquant l'état fébrile et l'altération progressive de l'état général. Cette tuberculose poursuit rapidement sa marche inexorable et emporta le malade en quelques mois.

« Il s'agit là d'un sujet porteur d'une tuberculose latente, considéré uniquement comme un entéro-colitique, qui, pendant plus d'un an, fut soigné comme entéro-colitique et chez qui on ne se soucia pas de l'état de ses poumons. Le

régime de carence et la vaccinothérapie auxquels il fut soumis sont certainement intervenus dans la défaillance de la résistance de son terrain et ont favorisé le réveil évolutif de sa tuberculose pulmonaire. »

Hautement révélatrice est cette observation ; nous retrouvons là toute cette menue symptomatologie si importante pourtant : asthénie générale, fièvre, douleurs erratiques. L'observation porte que ce malade était maigre : nous le devinons dystrophique, ptosique. Nous complétons ce tableau de gastro-entérologie, quoique particulièrement accusé ici, pour avoir provoqué l'expresse consultation d'un gastro-entérologue compétent :

« Bouche pâteuse au réveil, haleine forte, appétit médiocre, sensibilité du plexus solaire, estomac ptosé. Et surtout, du point de vue général, nous insisterons sur la fatigabilité, les douleurs, etc... L'état général importait seul ici ; les troubles digestifs n'étaient que secondaires.

Il est évident que le régime plus ou moins sévère et exclusif auquel a été soumis ce malade n'a pas peu contribué à hâter sa fin.

Dans une autre observation, le diagnostic de colli-bacillose avait été porté et maintenu envers et contre le malade. L'état s'aggravait lorsque quelqu'un crut ne pas devoir faire fi des révélations du malade (pleurésie, etc.), orienta son diagnostic dans le sens d'un réveil de tuberculose et prescrivit le traitement adéquat. Sous l'influence essentielle d'une

cure d'air et d'un régime recalcifiant, le danger put être conjuré.

Il nous apparaît aussi que dans ces cas, méconnus parce que pas analysés et interprétés, le régime de carence ne contribue pas peu à aggraver certains états. La vaccinothérapie agit dans le même sens : venant perturber un équilibre humoral difficile, elle hâte la décalcification et amoindrit la résistance du sujet.

Du zona prémonitoire

Pathogénie Selon nous, le zona est la manifestation d'une toxî-infection. Le zona se trouve en effet aussi bien dans les maladies infectieuses que dans les intoxications. Dans le cas qui nous occupe, il est dû à l'action sur le système nerveux de toxines secrétées par le bacille de Koch. Nous avons insisté sur la disproportion qu'il peut y avoir entre les phénomènes d'intoxication et les désordres anatomo-pathologiques dus au bacille : pour la production de ces toxines il suffit de la présence d'un seul tubercule dans l'organisme.

Témoin de l'intoxication microbienne, il se voit avec une fréquence assez considérable dans la typhoïde, dans la pneumonie.

Il peut se voir dans l'intoxication par l'oxyde de carbone, dans l'intoxication saturnine.

Le zona n'est pas du reste la seule manifestation cutanée que nous trouvions dans les toxhémies. On peut en rapprocher le purpura. Celui-ci peut survenir dans la fièvre typhoïde, la diphtérie, l'erysipèle et la fièvre puerpérale. Il faut reconnaître que, dans la plupart des cas, la présence des microbes peut être fortuite, accidentelle et même inu-

tile, à la production de la lésion : celle-ci résulte plutôt d'une toxhémie que d'une action locale de bactéries. Une infection générale, une infection locale des appareils digestif, urinaire, respiratoire, du tégument, peuvent être l'origine d'une toxhémie capable d'engendrer la lésion purpurique.

Hallopeau considérait certaines dermatoses comme engendrées par les toxines du bacille de Koch, telles le lichen scrofulosorum, les folliculites suppuratives, toute une gamme d'érythèmes. « Ces lésions ne contiennent pas le bacille, ne sont pas inoculables, mais seraient provoquées par l'action à distance des toxines émanées des foyers tuberculeux. »

Ce n'est pas sans raison que l'on peut considérer le zona comme un mode de réaction du système nerveux en présence soit des poisons minéraux, soit des toxines secrétées par les microbes de diverses maladies.

Nous voyons le système nerveux réagir de même façon, qu'il soit altéré ou irrité par des poisons endogènes ou exogènes. Le bacille de Koch peut l'influencer aussi bien que le pneumocoque, le plomb ou l'oxyde de carbone.

Ces toxines, comment agissent-elles sur le système nerveux ? Il semble bien qu'elles y créent un lieu de moindre résistance et facilitent, sur ce même système nerveux, fragilisé et sensibilisé, la localisation seconde de l'agent causal spécifique. Cet agent causal, selon Levaditi, aurait habitacle dans les amygdales et les éléments épithéliaux de la muqueuse bucco-pharyngée. Ce n'est qu'à la faveur d'une

cause occasionnelle, (toxi - infection) qu'il franchit la muqueuse et les follicules pour pénétrer par la voie sanguine et se localiser au système nerveux.

Cette pathogénie nous satisfait pleinement. Le tuberculeux préévolutif est un toxinique. Et nous savons maintenant le mode d'action possible des toxines sur le système nerveux.

Il est facile de comprendre pourquoi on rencontre le zona chez le tuberculeux préévolutif.

Fréquence : Nous devons admettre que le zona ne semble pas être un symptôme fréquent de tuberculose. Mais cette rareté du zona à la période prodermique est plus apparente que réelle, car, souvent, les malades ont oublié cet accident et ne le signalent plus. Pour peu fréquent qu'il soit, il n'en existe pas moins et sa signification n'en demeure pas moins importante.

Date d'apparition de la tuberculose : La date d'apparition de la tuberculose par rapport au zona est variable : elle peut suivre presque immédiatement le zona. Le plus souvent, cette date d'apparition est de trois semaines à un an. Toutefois, elle peut ne se manifester qu'au bout de plusieurs années (trois et quatre ans).

Valeur séméiologique : Il faut écarter définitivement l'idée de coïncidence ou de hasard entre l'épisode zonateux et la tuberculose qui le suit : le zona prémonitoire est une mani-

festation de l'infection bacillaire. S'il existe entre ces deux affections un rapport de cause à effet, c'est la tuberculose qui est la cause et le zona l'effet. Le zona est bien la manifestation d'un état bacillaire latent. N'a-t-on pas dit du zona qu'il était une « dermato-névrose indicatrice » ? En présence d'un zona, il faut toujours suspecter l'état général et se demander si quelque état morbide, encore latent, ne va pas se révéler.

Evidemment, le zona ne contient pas le diagnostic de la tuberculose. Mais il a le mérite de signaler au médecin qu'un organisme est en puissance de mal ; il saura dès lors s'informer avec minutie d'autres petits signes qui, isolés, demeureraient sans valeur, mais qui, joints à celui, cardinal, du zona prennent un relief saisissant.

Le couple zona-nevrite nous paraît hautement symptomatique et signifie à peu près sûrement que la tuberculose est en cause.

OBSERVATION I. — (Empruntée au mémoire de M. LEMONNIER, in thèse Rouher.)

Double zona du plexus cervical superficiel chez une jeune fille de vingt-deux ans, morte phtisique l'année suivante.

M^{lle} M. habite la campagne chez ses parents qui jouissent d'une bonne santé. Elle ne connaît pas de tousseur dans sa famille. Sa grand'mère maternelle est morte d'une maladie de cœur et un frère a eu deux poussées d'eczéma. Agée de vingt-deux ans, elle a été élevée au biberon, n'a jamais eu

d'impétigo, de maux d'yeux, ni de maux d'oreilles. La seule maladie qu'elle se rappelle est une variole légère. Réglée à quatorze ans et demi, régulièrement, elle n'a jamais été malade depuis. Il y a sept à huit jours, elle commença à souffrir de douleurs qu'elle a qualifiées d'atroces, dans la région occipitale et autour du cou.

Trois jours après, l'éruption apparaît. Elle est presque confluyente à la nuque et près de la racine des cheveux des deux côtés, puis, à partir du bord postérieur du sterno-cléido-mastoïdien droit, on constate neuf groupes de vésicules, plus quelques-unes isolées et à gauche six groupes moins importants. Le groupe situé le plus bas est au niveau de la clavicule droite. La durée de la maladie fut de six semaines environ et elle laissa après elle quelques cicatrices, ces accidents se produisirent en mars. L'appétit disparut d'une façon notable et ne reparut plus. La malade maigrit pendant le printemps et le commencement de l'été, malgré un régime tonique, éprouva de l'essoufflement après la marche et, en septembre, se mit à tousser.

Vue à ce moment, elle présentait de l'induration du sommet gauche avec souffle. Des sueurs parurent au réveil et, dès novembre, des râles sous-crépitaux purent être perçus au sommet. Au mois de mars de l'année suivante, un an exactement après l'apparition du zona, elle mourait d'une poussée de broncho-pneumonie au sommet gauche.

OBS. II. — (Empruntée au mémoire de M. LEMONNIER, in thèse Rouher.)

Zona lombo-abdominal chez une femme de quatre-vingt-sept ans, morte phthisique à quatre-vingt-sept ans.

M^{me} B., père mort à soixante ans d'un ramollissement cérébral, dont les premiers symptômes avaient débuté quelques années avant, alors qu'il jouissait d'une bonne santé. Sa mère est morte à quatre-vingt-cinq ans d'une fluxion de poitrine sans avoir jamais éprouvé de maladie antérieure. Un oncle paternel fut amputé d'un avant-bras pour tumeur, mais, après l'intervention, la tumeur récidiva et le malade mourut. Un autre oncle, également du côté du père, fut atteint de ramollissement cérébral. Une sœur existe encore et jouirait d'une bonne santé si elle n'était obèse et variqueuse. Notre malade, très brune, d'une constitution moyenne, et bien moins forte que ses ascendants, fut un peu chlorotique vers l'âge de seize ans, mariée à vingt-trois ans, elle a eu, en douze ans, cinq enfants, le premier à sept mois et les quatre autres à terme ; les trois derniers, élevés au biberon, sont morts en nourrice de gastro-entérite. Celui qui a survécu est légèrement arthritique (varices et craquements articulaires). Veuve à trente-six ans, la névropathie reparut et s'accrut à la suite de certaines difficultés de l'existence. Un an après son veuvage, elle fut opérée d'un polype muqueux de l'utérus.

L'impressionnabilité augmente sans qu'il y ait jamais eu aucune attaque de convulsions hystériques. Il y a quatre ans,

sans refroidissement, sans cause appréciable, elle fut atteinte d'un zona lombo-abdominal du côté droit ; trois années se passèrent assez bien, puis elle éprouva de la dyspnée après la marche, des palpitations de cœur plus accusées, sans lésion d'orifice et se mit à tousser. Elle prenait peu de nourriture depuis longtemps, et, enfin, au mois de janvier de cette année, les signes stéthoscopiques de la tuberculose pulmonaire furent appréciables aux deux sommets. La marche fut très rapide pour une personne de cet âge, puisqu'elle mourut au mois de juillet de la même année.

Obs. III. — (Personnelle.)

M^{me} H., quarante-huit ans.

A. H. : Père et mère morts d'hémorragie cérébrale probable.

A. P. : Enfance et adolescence normales. Réglée à quinze ans. Vers la trentaine, épisode pulmonaire sur lequel il n'est guère possible d'avoir des précisions : la malade a été obligée de garder le lit pendant quelques jours. Depuis cet épisode, est comme fragilisée : elle a tendance à s'enrhumer facilement, accuse des moments d'intense fatigue, des fringales, surtout dans la matinée. Sueurs « pour un rien ». Nervosité considérable, sautes d'humeur.

Vient consulter parce que se plaint de douleurs et d'une éruption siégeant sur les derniers nerfs intercostaux droits. Le début s'est fait il y a quelque trois ou quatre jours par des douleurs accompagnées de frissons et de fièvre. Il y

avait en même temps insomnie et inappétence. Apparition progressive de vésicules.

On constate à l'examen l'existence d'un zona ; les vésicules blanchâtres sont entourées d'une auréole rougeâtre et disséminées le long des trois derniers nerfs intercostaux, presque confluentes au niveau de l'angle postérieur des côtes. Au niveau de l'aisselle du même côté, ganglions douloureux, très appréciables, roulant sous le doigt.

L'auscultation de la poitrine est faite. Il fallait s'attendre, chez cette malade, visiblement imprégnée, à des signes pulmonaires. D'ailleurs, interrogée dans ce sens, la malade dit avoir eu depuis quelque temps une petite toux sèche. L'auscultation décèle une respiration saccadée avec expiration prolongée.

Quelques jours plus tard, le zona disparaît, en même temps que les ganglions axillaires. La névralgie persiste encore quelque deux ou trois jours.

Mais les manifestations pulmonaires se précipitent : un mois après cet épisode, la malade présente à l'auscultation des râles humides dans la fosse sus-épineuse droite. Le sommet gauche présente quelques craquements fins. Toute cette symptomatologie est celle d'un réveil de tuberculose, annoncé déjà par un zona réalisé un mois plus tard. Nous n'avons pu suivre la malade.

OBS. IV. — (Personnelle.)

Y. M., ouvrier. A présenté tout une série de signes de

tuberculose. Congestions répétées, tendance à s'enrhumer. fatigabilité excessive, sueurs.

Zona intercostal droit qui guérit bien et rapidement (septembre 1926). En mars 1927, revu pour une pleurésie droite ; à la suite de sa pleurésie, induration du sommet droit. Malgré avis autorisé, continue un travail pénible. Quelque temps après, hémoptysie abondante, et le malade meurt de tuberculose après avoir présenté une fièvre heclique et des hémoptysies.

OBS. V. — (Personnelle.)

F. U., trente ans. A déjà consulté pour un zona intercostal gauche qui a évolué normalement.

Cet épisode est survenu il y a deux mois.

Actuellement, le malade se plaint de fatigabilité, de points de côté, de toux. Rien de net à l'auscultation. Toutefois, le malade est suspecté.

Quinze jours après une pleurésie droite vient vérifier nos suspicions. Le malade en guérit. Mais, peu de temps après, hémoptysie. La tuberculose est manifeste à l'auscultation. Environ quatre mois après le malade décédait.

OBS. VI. — (Empruntée au mémoire de M. LEMONNIER, in thèse Rouher.)

Enfant de quatre ans. Zona suivi de méningite tuberculeuse.

« Le... juillet 18..., je suis appelé par un de mes clients pour examiner son enfant qui présente, me dit-il, quelques

boutons à la tempe droite. Le père, âgé de quarante-cinq ans, avait eu du rhumatisme généralisé. C'est le seul antécédent à signaler du côté paternel. Il n'y avait rien de spécial du côté de la mère qui était bien portante. L'enfant avait été élevé au biberon et avait eu un peu d'impétigo à l'âge de six ou sept mois. Ni maux d'yeux, ni maux d'oreilles, ni ganglions, une rougeole comme antécédents directs et une bronchite aiguë six mois après, à trois ans. La veille du jour où je fus appelé, sans prurit et sans douleur névralgique, l'éruption caractéristique avait apparue. C'était surtout le long du filet temporo-facial qu'elle existait. Depuis l'oreille, immédiatement au-dessus du condyle du maxillaire inférieur, premier point, jusqu'à l'angle externe de la paupière supérieure, je remarquais quatre plaques rouges irrégulièrement arrondies ou ovalaires et présentant en moyenne une dizaine de vésicules. Ce zona, qui est précédé ou accompagné plus souvent que tout autre chez l'adulte de douleurs névralgiques, ne donnait lieu à aucune réaction chez cet enfant. C'est un fait que le docteur Comby a fait ressortir, que le zona infantile est le plus souvent exempt de douleurs. Il n'y avait, en outre, aucun trouble oculaire.

« L'enfant ne parut pas souffrir de cette éruption qui ne laissa aucune cicatrice. Il eut une bronchite légère au mois de novembre suivant ; elle n'eut aucun retentissement fâcheux sur son état général qui avait toujours été un peu fragile, il est vrai ; fin février 18..., c'est-à-dire près de huit

mois après, il présentait les symptômes d'une méningite tuberculeuse, qui se terminait fatalement le 18 mars. »

Cete dernière observation nous paraît typique entre toutes : le zona vient ici extérioriser une imprégnation toxinique qui eut pu, chez cet enfant de quatre ans, rester inaperçue. C'était un signe justement prémonitoire ; les signes généraux consécutifs à l'épisode zonateux, la bronchite post-zonateuse, contribuaient encore à le rendre plus évident.

CONCLUSION

Nous n'avons pas volontairement épuisé toutes les modalités cliniques des états pré-évolutifs : l'érythème noueux, un des signes avant-coureurs des tuberculoses évolutives, dûment apprécié et classé, ne devait pas entrer dans le cadre de cette étude, où nous proposons de considérer une symptomatologie ou peu connue ou sous-estimée des états pré-évolutifs.

Nous avons cru montrer que les premières, en date, des manifestations de la tuberculose évolutive, ressortissaient à la toxine tuberculeuse. Cette notion de l'intoxication est capitale ; ce n'est pas fortuitement que l'on trouve associés dans un effort d'élimination la peau, l'estomac, le système nerveux.

Les signes que nous décrivons ne sont pas pathognomoniques de la tuberculose. Il ne faut pas, à l'occasion de l'un d'eux, étiqueter « tuberculeux » le sujet qui les présente. Mais ils n'en ont pas moins une valeur d'orientation et d'avertissement.

Des troubles gastriques prémonitoires, nous avons dit qu'ils étaient sans originalité, mais que bien que tels, il ne fallait pas toujours les interpréter dans le sens de dyspepsie

banale. L'examen de l'état général, de sûres épreuves viendront apporter un considérable appoint au diagnostic.

Quant au zona, sa symptomatologie n'emprunte rien à la tuberculose. C'est pourquoi on oublie souvent de lui assigner son étiologie vraie. Rappelons qu'il a été, et justement, taxé de « neuro-dermatose indicatrice ». Souvent, il évolue chez des sujets en apparence sains, mais en puissance d'une tuberculose qui éclatera après un temps variable.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
CHARLÉTY.

Vu : le Doyen,
ROGER.

Vu : le Président de la thèse,
BEZANÇON.

BIBLIOGRAPHIE

- LETULLE. — *France Médicale*, 1889, p. 85. Archives de physiologie.
- LEUDET. — Le Zôna et les troubles périphériques dans la tuberculose.
- MARFAN. — Troubles et lésions gastriques dans la tuberculose pulmonaire. *Union médicale* 1887.
- PERRAUD. — *Annales de Dermatologie et de syphiligraphie* 1876 : De quelques phénomènes nerveux survenant dans le cours de la phtisie pulmonaire. In *Lyon Médical* 1872.
- RAYMOND. — Des différentes sortes de leptomyélites tuberculeuses. *Revue de Médecine*, mars 1886.
- ROUBER. — Thèse de Paris 1896-97.
- VON BOERESPRUNG. — Beitrage zùr Kehntniss des Zosters.
- WAGNER. — *Archives de Heilkunde* 1870.
- WOESLINDE. — *Annales de dermatologie* 1893.
- RAMOND. — Zôna dans « Cliniques médicales ».
- FOUCAS. — Notions actuelles sur l'anatomo pathologie, l'étude expérimentale et l'étiologie du zôna. *Gazette des Hôpitaux*, n° 47, juin 1928.
- DONGRADI. — Topographie du zôna. Thèse Paris 1896.
- BESANÇON. in collection Nidal, Roger. Article Asthme.
- COMBY. — Le Zôna chez les enfants. *Revue mensuelle des maladies de l'enfance*. 1889.
- PONCET. — Le rhumatisme tuberculeux.
- PONCET, LERICHE. — La tuberculose inflammatoire.
- PIERY. — La Tuberculose pulmonaire, dans « Bibliothèque de la Tuberculose ».
- PONCET. — Sur la constatation des bacilles de Koch dans les premières manifestations de la Tuberculose. Thèse Paris 1896-97.

- AUCLAIR. — Etude des Poisons tuberculeux. Thèse Paris 1897.
- BALTAZARD. — Processus généraux de la tuberculose.
- LESSER. — Beitrage zur Lehre von Herpes Zoster in Archiv. fur path. Anat. 1882.
- WILLIAMS (L.). — Minor maladies.
- M. BEAUCHANT. — Troubles gastriques et tuberculose ignorée. Bulletin médical, p. 337. 1928.
- SERGEANT, MIGNOT. — Réveils de la Tuberculose latente par les régimes de carence et de vaccinothérapie. Monde médical, juillet 1929.
- PASCAULT. — La Dyspepsie simplifiée. Editions de la Clinique.
- M. BEAUCHANT. — Ptoses viscérales et tuberculose latente, in Gazette des Hôpitaux.
- RODET. — In « Monde Médical », 15 septembre 1929. Iode dans le traitement de la tuberculose.
- LEFEBVRE. — Tuberculiniques, in Homœopathie française, 1930.
-

Impr. " Les Presses Modernes ", 45, rue de Maubeuge, Paris
Ateliers de Reims (Marne).
